



Ministerio
de **Educación**

Institución Educativa:

COLEGIO
SAN GABRIEL
UNIDAD EDUCATIVA

Nombre del estudiante :

Grado o curso:

Representante:

Teléfono:



Contactos alternos:

Nombre:

Teléfono:

¿Si el estudiante sufre algún tipo de enfermedad especifique?
